



COONALTRAGAS

NIT 860.007.339-3

EVENTO: SALIDA DE INTEGRACIÓN 2019

HOTEL LAGOMAR EL PEÑON COMPENSAR

Fecha: Días Viernes 27, Sábado 28 y Domingo 29 de Septiembre de 2019.

Fecha máxima para inscripción: 10 de Septiembre de 2019.

| TARIFAS A PAGAR | |
|---|------------|
| VALOR PAGO ASOCIADO | \$ 97.500 |
| HIJO DE ASOCIADO NO AFILIADO DE 2 A 7 AÑOS | \$ 100.000 |
| HIJO DE ASOCIADO NO AFILIADO DE 8 A 16 AÑOS | \$ 325.000 |
| VALOR INVITADO | \$ 650.000 |

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO | EDAD | CÓDIGO | PARENTESCO | ASOCIADO | INVITADO |
|---------------------|-----------|------|--------|------------|----------|----------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Responsable: _____

Yo, _____, Asociado de **COONALTRAGAS**, con Código _____, me comprometo pagar en _____ cuotas a la COOPERATIVA, la suma aprobada en esta solicitud. En caso de llevar Invitados el pago lo realizare por mis invitados 10 días antes de la salida de integración. En caso de no asistir al evento sin previo aviso, sin justificación alguna y con mínimo ocho (8) días a la realización del evento, cancelaré a la Cooperativa el valor total de las personas inscritas.

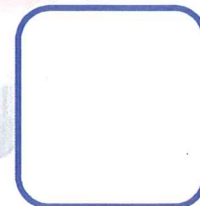
Autorizo.

Firma: _____

Nombre: _____

C.C. No. _____

Código: _____



HUELLA

NOTA: FAVOR ESPECIFICAR EL RESPONSABLE DEL PAGO DE ESTA SOLICITUD.